

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Frédéric DEBUSSCHÈRE

Né à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais)

le 14 mars 1915

Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

tumeurs bénignes
de la première portion
du duodénum

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

ANNÉE 1941

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Frédéric DEBUSSCHÈRE

Né à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais)

le 14 mars 1915

Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

tumeurs bénignes
de la première portion
du duodénum

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY.
	KADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique Médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER . Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DELARUE ... Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE ... Médecine légale.
 DIGONNET .. Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BREN-
 TANO..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD .. Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-
 VILLARS ... Anatomie pathologique.
 N... Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAIL-
 LIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHTET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN... Anatomie pathologique.

MM.

Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-
 LEMAIRE .. Parasitologie.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.		BASSET.	
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT.	Clinique médicale.	D'ALLAINES.	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUÉNU.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.		
	ME TZGER.	Clinique obstétricale.	
	PORTES.		
	VIGNES.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
N... ..	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR FRÉDÉRIC DEBUSSCHERE

*Médecin-Chef de l'Hôpital Saint-Louis
de Boulogne-sur-Mer
Chevalier de la Légion d'Honneur*

*Dont la vie sera toujours un modèle pour
moi.*

A MA MERE

*Qu'elle trouve ici un faible témoignage de
mon amour filial.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

Professeur de Clinique Chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette Thèse.*

*En témoignage de respectueuse reconnais-
sance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

En témoignage de mon respectueux attachement et de ma gratitude pour les conseils qu'il n'a jamais cessé de me prodiguer.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

(in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR PRUVOST

MONSIEUR LE DOCTEUR BOLTANSKI

MONSIEUR LE DOCTEUR BRODIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI

INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVEUF

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROcq

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE GAUDART
D'ALLAINES

*Qui ont bien voulu m'accepter comme élève
au cours des années futures de mon Internat.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GERARD MARCHANT

MONSIEUR LE DOCTEUR WELTI

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURER.

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND BERNARD

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

A MESSIEURS LES DOCTEURS
L. FLAHAULT et L. ROY

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

A MES AMIS ET CAMARADES D'ÉTUDES

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES
DU TROISIÈME BATAILLON DE MITRAILLEURS

A MES AMIS ET CAMARADES DE CAPTIVITÉ

AVANT-PROPOS

Nous préférons terminer dès maintenant nos études universitaires, alors que nous commençons notre Internat et qu'il nous reste encore beaucoup à apprendre de nos Maîtres.

Mais, en raison de l'actuelle période d'incertitude, nous avons voulu cependant profiter de la mesure toute temporaire qui nous autorise à le faire.

Ces conditions expliquent le peu d'importance de ce travail que nous espérons pouvoir continuer par la suite. Nous nous excusons donc de la brièveté de cet ouvrage.

INTRODUCTION

La connaissance des tumeurs bénignes du duodénum est de date relativement récente et les observations en restent très rares.

L'observation d'un de ces cas que nous avons pu poursuivre dans le service de notre Maître, le Docteur GIRODE, a été à l'origine de ce travail.

Notre matériel personnel était donc excessivement restreint, mais nous avons pensé que, étant donné le peu de fréquence de ces tumeurs, l'observation d'un cas, la lecture attentive des observations et recherches publiées, nous autorisaient cependant à tenter un essai de mise au point de nos connaissances sur ces tumeurs.

Nous avons cherché particulièrement les observations se rapportant à des cas évoluant vers la séreuse péritonéale, exo-duodénaux. Ceux-ci sont extrêmement rares puisque, en dehors de notre malade, nous n'avons retrouvé que deux cas semblables : ceux de BRDIZKA en 1931 et d'APPELMANS et PICARD, la même année.

Pour l'ensemble de ces tumeurs bénignes, nous avons essayé de voir quelle part respective la clinique et la radiologie pouvaient apporter au diagnostic préopératoire.

Enfin, l'importance de l'acte opératoire, ses résultats, ont retenu notre attention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION INÉDITE

B... Paul, âgé de 43 ans, entre le 3 février 1939 à l'Hôpital Tenon, dans le service du docteur Guy LAROCHE, pour des crises douloureuses à type de torsion dans l'hypocondre droit.

Le début des troubles paraît remonter à 1930. A cette époque, le malade a commencé à ressentir dans la partie supérieure droite de l'abdomen des sensations douloureuses vagues, sans rapport net avec l'horaire des repas et non influencées par la prise des aliments. Ces douleurs peu caractéristiques et survenant de façon très irrégulière, sont le seul symptôme dont se plaint le malade jusqu'en 1934.

A cette date, il fait une crise douloureuse beaucoup plus violente, l'obligeant à s'arrêter de travailler pendant une semaine. Il s'agissait de douleurs épigastriques, un peu à droite de la ligne médiane, à type de torsion, survenant surtout le matin ou le soir et sans rapport avec les repas.

Les douleurs duraient environ une demi-heure. Elles ne s'accompagnent ni d'ictère, ni de fièvre.

Quelques nausées ou même vomissements bilieux assez rares d'ailleurs.

En 1935, le malade fait une nouvelle crise douloureuse de même durée.

En dehors de ces deux crises et jusqu'en 1938, le malade n'éprouve que rarement et de façon irrégulière quelques douleurs dans l'hypocondre droit, simple gêne ou endolorissement de la région. Depuis quatre ans, le malade s'était soumis à un régime et à un traitement médical.

Mais, fin novembre 1938, le malade a commencé à souffrir de façon intense et jusqu'à son entrée à l'hôpital, les crises douloureuses ont été vives et plus persistantes. Elles étaient plus importantes dans le décubitus dorsal, toujours sans rapport avec l'horaire des repas.

Le malade n'accusait pas d'autres troubles digestifs, sauf parfois quelques nausées après les repas, et il faut noter, coïncidant le plus souvent avec une crise douloureuse, le subictère des conjonctives.

Depuis le mois de novembre, le malade a perdu l'appétit et maigri de 4 kilogs.

On ne relève pas d'antécédents éthyliques et il n'a jamais été aux colonies.

L'examen de ce malade révèle dans l'hypocondre droit une masse du volume d'un pamplemousse environ, de consistance assez dure, mais régulière, légèrement douloureuse à la palpation, masse qui déborde le rebord costal de 3 à 4 travers de doigt, mais dont la limite supérieure est impossible à préciser. Il

est difficile de dire si l'on a affaire à un très gros foie ou à une masse placée sous le foie. Le reste de l'examen de ce malade est négatif. La rate n'est ni palpable, ni percutable. Cœur et poumons sont normaux.

Tension artérielle : 12-6.

Réflexes tendineux et pupillaires : normaux.

Une numération globulaire donne les résultats suivants (3 février) :

Hématies	4.480.000
Globules blancs	6.400
Poly. neutrophiles	59 %
Eosinophiles	7,5 %
Lymphocytes	12,5 %
Moyens monos	11,5 %
Grands monos	6 %

On est frappé par cette éosinophilie importante que confirme, quelques jours plus tard, un nouvel examen : 10 % d'éosinophiles. Elle fait penser à la possibilité d'un kyste hydatique du foie et l'on pratique une nouvelle série d'examens.

— Les antécédents ne révèlent rien de particulier.

— Une radiographie du thorax montre sur la coupole diaphragmatique une petite encoche à l'union du tiers interne et des deux tiers externes.

— Les réactions de Weinberg et de Casoni sont négatives.

— L'examen parasitologique des selles est négatif : ni kystes, ni œufs.

— Urée sanguine : 0 gr. 20.

— Hecht-Wassermann-Khan ; négatifs.

L'examen radiographique après insufflation colique montre une masse importante sous-hépatique ou dépendant de la face inférieure du foie, contournant le transverse et refoulant l'angle colique droit.

Il est regrettable qu'un examen radiographique complet de l'estomac et du duodénum n'ait pas été pratiqué, non plus que la recherche du sang dans les selles.

Dans l'impossibilité d'affirmer un diagnostic de kyste hydatique du foie basé uniquement sur la constatation de la tumeur et de l'éosinophilie sanguine, le docteur Guy LAROCHE décide de transférer le malade dans un service chirurgical pour y faire pratiquer une laparotomie exploratrice. Celle-ci est faite le 23 février. Opérateur : docteur GIRODE.

Incision oblique en bas et en dedans, depuis le rebord costal jusqu'au voisinage de l'ombilic.

On découvre une tumeur grosse comme un pamplemousse, incluse dans le méso-hépatique, accolée à la face inférieure du foie et étirant le duodénum fixé par sa première portion au pôle inférieur de la tumeur. La partie initiale du duodénum est mobile, ainsi que la partie terminale de la première portion. Implantation large de la tumeur sur 4 à 5 centimètres.

Résection de la partie correspondante de la première portion du duodénum en passant un peu à distance des limites de l'implantation de la tumeur ; la libération du duodénum se fait sans trop de difficultés et on ne voit aucun organe important (cholédoque).

Suture termino-terminale en deux plans et fermeture de la paroi en trois plans avec drainage. Pendant 48 heures : léger suintement de bile, mais le gros drain placé dans la loge sous-phrénique et sortant à la partie haute de l'incision a pu être enlevé le neuvième jour.

Les suites opératoires ont été excellentes.

Le malade sort du service le 23 mars, un mois après l'intervention.

Nous avons eu l'occasion de revoir plusieurs fois ce malade depuis l'intervention.

Un examen radiologique gastro-duodéal pratiqué le jour où le malade a quitté l'hôpital montre qu'il n'existe aucun point douloureux sous écran. Le bulbe, horizontal, est un peu déformé, la baryte passe lentement dans la deuxième portion du duodénum avec, au niveau de l'angle supérieur : possibilité d'adhérences gênant l'évacuation, mais pas d'anti-péristaltisme.

Trois autres examens radiographiques pratiqués depuis, en vue de vérifier le transit gastro-duodéal, ont montré que, malgré l'existence d'un bulbe aux contours imprécis et irréguliers, l'évacuation se fai-

sait aisément vers la deuxième portion du duodénum de calibre normal.

L'examen de la pièce anatomique pratiqué par Mlle GASNE, que nous remercions vivement, au laboratoire du centre anti-cancéreux de l'Hôpital Tenon, a montré :

Sous une muqueuse intestinale normale et une musculuse qu'il est difficile de différencier très nettement, d'avec la tumeur, celle-ci est bien limitée, en certains points, par une coque conjonctive.

Cette tumeur est constituée de cellules allongées à noyaux fusiformes, à cytoplasma fibrillaire, disposées en faisceaux entrecroisés, assez peu tourbillonnants. En certains points, ces noyaux ont une disposition palissadique. Peu de collagène entre les faisceaux. Rares vaisseaux.

Les colorations au Mallory phosphomolybdique et au Van Gieson montrent que ces fibres sont d'origine névroglique.

Il s'agit d'un Schwannome.

Il n'y a aucun aspect suspect de malignité.

OBSERVATION II

Fibromyome du bulbe duodénal (I.-G. BRDICKA, 1931).

Il s'agit d'une femme de 60 ans qui, il y a 15 jours, ressentit une douleur abdominale basse du côté droit. Elle attribua cette douleur à la constipation et prit

une forte purgation. Son état, depuis, alla en s'aggravant.

A l'examen, on note :

— la pâleur de la malade, sans maigreur ;

— le ventre est ballonné et souple ;

— dans l'hypocondre droit, on trouve une tumeur palpable peu mobilisable, ayant le volume d'une tête d'enfant.

Un examen radiologique est pratiqué.

La cholécystographie par voie intraveineuse révèle que la vésicule est imperméable ; elle ne s'emplit pas.

L'estomac est orthotonique, le relief de la muqueuse est normal. Il n'existe aucune lésion apparente de la paroi gastrique ; le bulbe, dilaté, se remplit ; son grand recessus semble présenter une sorte de diverticule sacciforme ; le bulbe présente à droite un contour festonné, à cet endroit, se trouve la limite de la tumeur palpable, de sorte que le bulbe paraît nettement fixé à la tumeur.

La partie supérieure du duodénum et la coudure duodéno-jéjunale sont nettement déplacées vers la gauche.

Le transit du bulbe semble troublé en raison de cette compression que la tumeur exerce sur lui, gênant sa motilité.

Le diagnostic fut celui de tumeur à point de départ dans la région vésiculaire, refoulant estomac et duodénum à gauche et en haut, la tumeur adhérant déjà

au bulbe. Il semblait peu probable qu'il pût s'agir d'une tumeur pancréatique.

A l'intervention :

— Dans l'hypocondre droit, on trouva une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, facilement séparée des tissus voisins et dont le point de départ était au bulbe duodénal ;

— la vésicule était normale ;

— il n'y avait pas de métastases.

La tumeur fut extirpée et le bulbe suturé.

L'aspect macroscopique de cette tumeur était celui d'un myome ou d'un myosarcome.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un fibromyome se continuant sans solution de continuité avec la musculuse de la paroi intestinale et ne perforant nulle part la muqueuse.

Nulle part, dans les coupes, on n'eut l'impression d'un vrai sarcome ; il n'existait pas de mitoses, mais il y avait une tendance nette à la prolifération.

Suites opératoires : la malade mourut subitement, trois semaines après, d'embolie pulmonaire.

OBSERVATION III

(APPELMANS - PICARD, 1931)

G... Octavie, mariée, 54 ans.

Antécédents héréditaires : père mort de cancer gastrique. Mère morte d'affection cardiaque.

Antécédents personnels : sans intérêt.

Maladie actuelle : début insidieux depuis un an, par renvois, nausées et rares vomissements, gêne épigastrique post-prandiale ; selles irrégulières, amaigrissement notable.

Examen clinique : à la palpation, on trouve une tumeur du volume d'une mandarine, dure, sensible à la pression, située sous le foie, à droite de la ligne médiane.

La réaction de Weber est positive au cours de cinq examens successifs. Le sondage après repas d'Ewald ramène 75 cc., dont 30 cc. de solide avec une acidité de 48/60.

La radiographie montre un estomac presque vide après 24 heures. Le bulbe et la deuxième portion du duodénum paraissent comprimés par une tumeur. La cholécystographie révèle une vésicule biliaire normale.

La malade est opérée le 2 septembre 1931, sous anesthésie splanchnique. Incision médiane sus-ombilicale. On trouve, à l'union de la première et de la deuxième portion du duodénum, une tumeur du volume d'une mandarine implantée sur la face postérieure et comprimant le duodénum. Résection de la tumeur, d'une partie du duodénum et du pylore, puis réunion par le procédé Bilioth I.

Suites opératoires : normales. La malade a été revue, ne se plaignant plus d'aucun trouble. L'examen anatomo-pathologique a montré qu'il s'agissait d'un schwannome ou neurinome du duodénum.

HISTORIQUE ET ÉTIOLOGIE

Les tumeurs bénignes de la première portion du duodénum sont rares et nos recherches nous ont apporté une quarantaine d'observations seulement.

Le premier auteur qui ait signalé l'existence de tumeurs bénignes du duodénum est Von ROKITANSKI, en 1861, dans son « Lehrbuch der Pathologischer Anatomie ».

On retrouve encore deux cas d'adénome du duodénum mentionnés, l'un par J. CRUVEILHIER dans son « Anatomie du corps humain », l'autre par SALVIOLI, en 1876.

La première description d'une tumeur bénigne de la première portion du duodénum est celle qu'a faite THOMPSON, en 1897, à la « Pathological Society de Manchester », rapportant qu'il avait trouvé, au cours de la dissection d'un cadavre, une tumeur de la grosseur d'une noix, insérée par un fort pédicule au versant duodéal du pylore et que l'examen histologique avait montré être un adéno-fibrome.

En 1917, KING, dans sa statistique des tumeurs bénignes de l'intestin, n'en trouve que 5 d'origine duo-

dénale sur 119, sans préciser de quelle portion elles étaient originaires.

En 1928, R. GOLDEN rapporte une série de 17 cas de tumeurs bénignes duodénales et y ajoute deux cas personnels, tous deux intéressant la première portion.

BALFOUR et HENDERSON, en 1929, donnent un compte rendu de 6 cas de tumeurs bénignes, en insistant particulièrement sur la fréquence et la gravité des hémorragies.

En 1935, ROELSEN (de Copenhague) rapporte l'histoire de 36 cas de tumeurs bénignes duodénales recueillies depuis 1921 et parmi celles-ci nous avons trouvé 19 tumeurs de la première portion.

Alors que ces tumeurs étaient auparavant de rares trouvailles d'autopsie, les cas se sont faits plus nombreux depuis les examens radiologiques systématiques, et voici les cas observés et publiés depuis 1920 que nous avons retrouvés :

- 1921 : 1-hémangiome (CARMAN),
1 adénome (MEISEL),
2 tumeurs bénignes dont la nature histologique ne nous est pas connue (Van TIENHOVEN).
- 1922 : 1 angiome (Léon BLOCH).
- 1924 : 1 myome (CAMP).
- 1925 : 5 adénomes (AKERLUND),
1 adénome (WILLIS et LASERSOHN).

- 1928 : 1 adénome
1 polype à cellules muqueuses (GOLDEN).
- 1929 : 1 myome (BERNSTEIN),
1 hémangiome (JUDD),
3 adénomes
1 myome (BALFOUR et HENDERSON).
- 1930 : 1 adénome papillomateux (BOOKMAN),
1 papillome (WATERS),
1 cas de pancréas aberrant dans la paroi de
la première portion duodénale (COGNIAUX
et STULTZ).
- 1931 : 1 adénome papillomateux (FINNEY),
1 fibromyome (POHLANDT),
1 fibromyome (BRDICZKA).
- 1932 : 1 adénome kystique sous-muqueux multi-lo-
culaire (BALFOUR et GRAY).
1 angiome (BRUNING),
1 schwannome (PICARD).
- 1933 : 1 polype (FRIK et OTT).
- 1934 : 1 angiome (BRULÉ et GENESTOUX).
- 1935 : 1 polype adénomateux (SÉNÈQUE, GUTMANN et
DIOCLÈS).
- 1936 : 2 polypes,
1 tumeur bénigne dont le type histologique
est resté indéterminé (GUTMANN et LE
BIGOT).

Avec le cas dont nous rapportons par ailleurs l'ob-
servation (schwannome de la première portion), nous

trouvons donc un total de 36 tumeurs bénignes du bulbe duodénal.

De l'étude de ces différents cas, nous avons essayé par l'analyse comparative de déduire quelques notions étiologiques. Les tumeurs bénignes du duodénum semblent frapper les deux sexes avec une fréquence à peu près égale, comme l'avait déjà noté ROEISEN, puisque nous trouvons, sur un ensemble de 36 observations :

- 19 cas chez les hommes,
- 16 cas chez les femmes,

le sexe du malade restant inconnu pour l'une des observations.

Ces tumeurs semblent plus fréquentes à l'âge moyen de la vie, mais nous devons ici insister sur le fait que beaucoup de malades souffraient depuis de nombreuses années lorsque le diagnostic de tumeur bénigne duodénale a été posé par la radiologie ou l'intervention.

Nous n'avons trouvé aucune observation rapportant un cas survenu chez un enfant et les observations se répartissent ainsi d'après l'âge :

- entre 15 et 30 ans : 2,
- entre 30 et 40 ans : 7,
- entre 40 et 50 ans : 9,
- entre 50 et 60 ans : 6,
- après 60 ans : 5,

les âges extrêmes étant 17 et 69 ans.

Quant aux facteurs susceptibles de favoriser le développement d'une tumeur bénigne duodénale, aucun ne semble certain. Les lésions duodénales antérieures, duodénites primitives ou secondaires, péri-duodénites, ulcères gastro-duodénaux, semblent sans influence. Seule, la maladie de Recklinghausen, neuro-fibromatose généralisée, pourrait avoir une part assez importante dans la genèse de certains cas de schwannomes.

Signalons cependant que l'association d'une tumeur bénigne et d'un ulcus duodénal est notée 3 fois : dans deux cas de BALFOUR et HENDERSON : un myome et un adénome; quant à la malade de BOOKMAN, elle avait été opérée 18 mois plus tôt pour ulcère duodénal. La coexistence avec un ulcère de la petite courbure et de grosses lésions de péri-duodénite est rapportée par GUTMANN, dans un cas de polypose bulbaire. Enfin, dans le cas de MEISEL, à côté de l'adénome duodénal, existait un diverticule.

Plusieurs observations rapportent la coexistence de lésions appendiculaires.

Nous mentionnerons également l'existence, dans le cas de BERNSTEIN, de lésions vésiculaires, et chez un malade alcoolique de BALFOUR et HENDERSON, celle d'une cirrhose hypertrophique.

Ces tumeurs bénignes du duodénum sont le plus souvent isolées, mais elles peuvent être associées à d'autres tumeurs de même nature de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon ou du rectum.

FRIK et OTT trouvèrent, à côté d'un polype duodénal, un polype gastrique qui était resté inaperçu à l'examen radiologique. GOLDEN trouva, à l'examen d'un malade qui présentait un polype duodénal à cellules muqueuses, un polype rectal.

Dans le cas de BRULÉ et GENESTOUX, les lésions angiomateuses s'étendaient à toute la hauteur du tractus intestinal.

La polypose peut réaliser également de ces formes diffuses et généralisées.

Les observations de tumeurs bénignes duodénales sont relativement trop rares et trop isolées, dans l'ensemble, pour permettre de donner une idée exacte de la fréquence de ces tumeurs, par rapport aux autres néoformations intestinales, mais il semble qu'elles soient au niveau du duodénum, encore plus rares que sur le reste de l'intestin grêle et surtout qu'au niveau de l'estomac.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs bénignes de la première portion du duodénum ressortissent à diverses origines. Toutes, elles sont dues à la prolifération des tissus duodénaux et peuvent donc naître :

— aux dépens de la muqueuse : ce sont les adénomes et papillomes, sessiles ou pédiculés, uniques ou multiples ;

— aux dépens du tissu conjonctif : ce sont les fibromes ;

— aux dépens des parois musculaires : ce sont les myomes, léiomyomes ou fibromyomes ;

— aux dépens du système nerveux sympathique péri-duodéal : ce sont les schwannomes ou neurinomes ;

— aux dépens des vaisseaux de la paroi : ce sont les hémangiomes.

Enfin, on peut se trouver en face d'une hétérotypie embryonnaire entraînant le développement, dans la paroi duodénale, d'un organe aberrant : tumeur constituée par du tissu pancréatique.

Cette variété histologique et l'importance réciproque de chaque variété est difficile à préciser

d'après les statistiques publiées, et dans l'ensemble, assez contradictoires sur les néoplasies bénignes du duodénum.

Pour les observations que nous avons retrouvées concernant les tumeurs de la première portion, cette répartition est la suivante :

Papillomes, adénomes et polypes	20
Myomes et fibromyomes	5
Angiomes	5
Schwannomes	2
Pancréas aberrant	1

Trois observations ne donnent pas la nature histologique de la tumeur, soit que l'intervention n'ait pas été pratiquée, soit que l'examen de la pièce n'ait pu être fait.

Le fait que les schwannomes, de connaissance relativement récente, sont encore le plus souvent confondus avec des myomes ou des sarcomes divers, doit être noté et il est permis de penser que l'importance relative des schwannomes par rapport aux autres tumeurs bénignes, sera, dans l'avenir, plus importante.

MODE DE DEVELOPPEMENT

La néoplasie, développée initialement au niveau d'une des trois couches principales de la paroi : musculuse, sous-muqueuse et muqueuse, peut :

1° ou bien soulever la muqueuse et évoluer vers la

lumière duodénale : ce sont les *formes sous-muqueuses ou endo-duodénales* ;

2° ou bien se développer vers la cavité péritonéale *forme sous-séreuse ou exo-duodénale* ;

3° ou bien, élevant la couche sous-muqueuse, se développer entièrement dans la paroi gastrique : *formes interstitielles*, pouvant avoir à la fois un développement exo et endo-duodéal.

Le fait le plus frappant dans toutes ces observations de tumeurs bénignes duodénales, au point de vue du mode de développement, est que toutes ces tumeurs, sauf trois, étaient sous-muqueuses et avaient évolué vers la cavité duodénale. Deux fois seulement, la tumeur était nettement sous-séreuse (BRDICZKA et GIRODE), une fois (PICARD) la tumeur s'était développée à la fois vers la cavité abdominale et vers la lumière duodénale.

Elles sont de volume très variable, mais généralement minime, n'excédant pas celui d'une noix, d'une petite prune, parfois même plus réduit encore : noyau de cerise. L'exiguïté de la lumière duodénale explique à la fois ce développement peu important de la néoplasie et aussi le fait que, cependant, elle peut donner des troubles fonctionnels marqués.

Dans ces formes à évolution sous-muqueuse, la zone d'implantation sur la paroi est plus ou moins large, et elle constitue souvent un véritable pédicule ; ces polypes adénomateux ou papillomateux sont fréquents (WILLIS et LASERSOHN, GOLDEN, BALFOUR et

HENDERSON, GUTMANN) ; le pédicule est plus ou moins long, il atteignait 4 centimètres, 5 dans le cas de GOLDEN. Cette tumeur pédiculée peut prédisposer à l'invagination duodénale, comme le rapporte L. BLOCH dans le cas d'un angiome duodénal dont le volume ne dépassait pas celui d'une cerise.

C'est dans les formes sous-séreuses que l'on trouve des tumeurs plus volumineuses: volume d'une mandarine (PICARD), d'un pamplemousse (GIRODE), d'une tête d'enfant (BRDICZKA). La surface de ces tumeurs est régulière, parfois quelques sillons lui donnent un aspect plurilobé. Au palper, elle est de consistance généralement ferme, et même dure.

La tumeur est recouverte par la séreuse qui est amincie et étirée, peu mobilisable, contractant parfois quelques adhérences avec les organes de voisinage, adhérences d'ailleurs facilement clivables.

La base d'implantation de ces tumeurs était large et non pédiculée, comme le fait s'observe souvent pour les schwannomes gastriques. Deux fois, la tumeur était implantée sur le bord supérieur de la face antérieure du premier duodénum, une fois elle naissait de la face postérieure (PICARD). Dans tous ces cas, la tumeur avait pris un développement important vers le haut, en clivant le petit épiploon. La paroi duodénale, au voisinage du point d'implantation, reste souple, non indurée, et jamais à l'intervention, les territoires ganglionnaires n'ont été trouvés atteints.

Ceci nous amène à envisager la nature de ces tumeurs. Essentiellement bénignes par leur nature, limitées ou diffuses, elles sont sans tendance à l'extension et à la propagation. Les tuniques de la paroi duodénale sont généralement nettement séparées de la tumeur par la capsule conjonctive de cette dernière, en particulier dans les cas de schwannomes. Quand la tumeur se continue sans solution de continuité, avec un des tissus de cette paroi, muqueuse ou musculaire, on ne trouve jamais d'envahissement diffus de la paroi intestinale qui reste souple et non indurée. Jamais nous n'avons trouvé mentionnée l'existence, à distance de la tumeur, de petits noyaux aberrants, jamais de métastases. Cependant, histologiquement, la tendance à la prolifération a été notée dans un cas de fibromyome (BRDICKA), dans deux cas de papillome (WATERS et FINNEY). Dans ce dernier cas, le papillome présentait une tendance maligne certaine, il ne s'était pas étendu au-delà de la sous-muqueuse, mais les lymphatiques y étaient envahis. En dehors de toute tendance maligne, on peut trouver, au niveau de la muqueuse duodénale, dans les tumeurs tendant à se développer vers la lumière intestinale, des modifications de types divers.

BOOKMAN a signalé un adénome papillaire avec réaction inflammatoire aiguë.

Plus intéressantes sont les pertes de substances, les ulcérations muqueuses que l'on peut observer. Fréquemment, la muqueuse soulevée par la tumeur est étirée, amincie et présente alors un certain degré

d'atrophie dans la zone surélevée, mais on peut voir aussi de véritables ulcérations (CAMP, JUDD, PICARD). Cette ulcération unique, d'étendue variable, siège généralement au point culminant de la tumeur. Ses bords à l'emporte-pièce glissent sur la tumeur sous-jacente ou, au contraire, quelques éléments superficiels de la tumeur sont eux-mêmes ulcérés. Pour certains auteurs, cette ulcération est purement mécanique. La muqueuse « trop amincie et comme usée » s'ulcère et saigne, mais pour d'autres, ces ulcérations doivent être considérées comme de véritables ulcères peptiques, car il y aurait ischiémie de la muqueuse due à la compression ou à l'étirement de ses vaisseaux par la tumeur. Cette question des ulcérations de la muqueuse duodénale au niveau d'une tumeur bénigne, si l'on admet la théorie de l'ischiémie de la muqueuse, pose aussi celle des tumeurs bénignes coexistant avec un « ulcère vrai à distance » dont nous avons vu qu'il existe trois observations car on peut se demander si, au lieu d'une simple coïncidence, il n'y aurait pas alors une relation de cause à effet. Ce que nous savons actuellement ne permet pas de donner encore réponse à ce problème si intéressant.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

L'examen histologique de ces différentes tumeurs bénignes ne révèle rien qui soit particulier en raison de leur siège duodénal et nous nous bornerons à

signaler les points qui nous ont paru intéressants dans les diverses observations :

1° Dans le groupe des tumeurs développées aux dépens de la muqueuse : papillomes et adénomes, le revêtement épithélial apparaît modifié sous forme de proliférations en surface; il n'y a pas de pénétration en profondeur. L'adénome se développe aux dépens des glandes de Lieberkühn, ou aux dépens des glandes de Brünner, cas le moins fréquent (WILLIS et LASERSOHN), (BALFOUR et HENDERSON). Le papillome prend naissance dans les cellules épithéliales de revêtement de la muqueuse duodénale.

2° Les myomes, qui peuvent prendre le type de polypes nodulaires multiples, sous-muqueux, réalisant la polypose et coexister avec des myomes gastriques, intestinaux, utérins (myomatose disséminée), sont histologiquement le plus souvent des fibromyomes; léiomyomes et fibromes purs sont rares.

3° Les angiomes dont nous n'avons trouvé que des formes à évolution sous-muqueuse, ce qui s'explique facilement par la plus grande richesse du plexus vasculaire sous-muqueux, peuvent être circonscrits ou diffus. Ils se présentent comme des tumeurs formées de capillaires néoformés dans une trame conjonctive embryonnaire, ou au contraire par du tissu **caverneux** ressemblant à la structure des corps érectiles normaux. De toutes façons, il s'agit d'une tumeur capillaire, soit que les néo-vaisseaux aient à peu près le diamètre des capillaires normaux : angiomes simples, ou que par leurs dilatations ils

forment de véritables lacs sanguins : angiomes caverneux (JUDD, BRUNING).

4° Les schwannomes : nous insisterons ici sur le fait que ces tumeurs ont paru toujours assez bien limitées par une capsule conjonctive importante, capsule qui l'isole des tissus voisins. Les aspects de schwannome en dégénérescence myxoïde ou kystique, si fréquemment notés au niveau de l'estomac, n'ont pas été retrouvés dans les deux cas que nous rapportons.

L'aspect histologique de ces tumeurs parfois très caractéristique est souvent beaucoup plus incertain et ce n'est que par l'examen attentif de toute la coupe et même de plusieurs coupes qu'on arrive à porter le diagnostic.

L'aspect typique de ces tumeurs est le suivant : groupements denses de cellules fusiformes à noyaux réguliers, ovoïdes ou allongés, à protoplasma acido-phile et très finement fibrillaire. Ces groupements cellulaires disséminés çà et là dans un tissu beaucoup plus lâche, à aspect réticulé, réalisent des aspects en tourbillons et en palissade, ce dernier considéré comme caractéristique du schwannome.

Autour de ces cellules, on constate la présence de travées de substance collagène et de capillaires, généralement nombreux. Il faut noter que, dans ces coupes, les éléments nerveux ont disparu sous l'action du processus néoplasique. La myéline disparaît et il ne persiste plus comme vestige du tissu normal qu'un aspect finement fibrillaire.

5° Un cas de pancréas aberrant enfin, infiltrant toute la paroi duodénale, a été rapporté (COGNIAUX et STULTZ). L'aspect histologique était exactement celui d'un pancréas normal adulte avec ses acini, ses îlots de Langerhans, ses canaux excréteurs venant aboutir à un orifice situé au sommet d'une papille.

Caractère important à noter au point de vue pathogénique, ce tissu pancréatique était intimement mêlé au tissu de la paroi duodénale.



CLINIQUE

Les tumeurs bénignes du duodénum ne présentent, au point de vue clinique, aucune particularité permettant de les distinguer nettement : aucun des symptômes donnés ne se retrouve d'une manière constante dans tous les cas.

L'examen clinique ne peut que soupçonner leur existence sur un ensemble de symptômes associés, ce qui est déjà un beau résultat car ces tumeurs peuvent « tout simuler ».

Les manifestations cliniques principales qui peuvent attirer l'attention sont au nombre de trois :

- troubles dyspeptiques gastro-duodénaux ;
- hémorragies ;
- développement d'une tumeur.

Ces symptômes peuvent se grouper, de manières très diverses ; leur intensité est variable, ils sont isolés, associés entre eux ou à des troubles d'importance secondaire, aussi les aspects cliniques sont-ils multiples.

A. - TROUBLES DYSPEPTIQUES GASTRO-DUODENaux

Ils sont extrêmement variables. Ce sont eux qui, le plus souvent, attirent l'attention. Cependant, ils ne sont pas absolument constants. Ils peuvent totalement manquer ou être si minimes que ce peu d'intensité équivaut à une absence (observations de BALFOUR et HENDERSON, JUDD, GUTMANN).

Leur date d'apparition est très variable, elle aussi, et souvent difficile à préciser. Il faut pour découvrir les premières manifestations remonter bien souvent très loin, dans les antécédents : à 8, 10, 20 ans en arrière. Parfois les troubles dyspeptiques existent depuis l'enfance (RUSSEL et CARMAN). Dans d'autres cas, ils sont au contraire très récents : un à deux mois (WILLIS et LASERSON, BERNSTEIN, FINNEY, BRDIZKA), et il est curieux de noter que ces tumeurs bénignes, souvent congénitales, peuvent ne donner aucun symptôme pendant des années et commencer brusquement à un certain âge à être mal supportées.

Quand ces troubles sont marqués, ils ne sont pas, pour cela, plus caractéristiques. Presque toutes les affections duodénales ont en effet une symptomatologie très voisine le plus souvent, dépendant surtout de leur siège duodéal et très peu de leur nature. Elle traduit une gêne du transit et par suite une stase duodénale, souvent compliquée de duodénite.

Les douleurs affectent les types les plus divers : crampes, brûlures, sensations de torsion, de tension, ou de pesanteur, parfois légères et calmées par le décubitus, parfois fortes, à caractère tardif.

Elles peuvent réaliser un tableau net de dyspepsie hyperchlorhydrique : douleurs débutant deux, trois ou quatre heures après les repas, toujours séparées du repas par une période de calme relatif, plus ou moins persistantes, fréquemment calmées par un vomissement, mais, fait important, elles sont rarement continues, survenant après chaque repas et quotidiennement. Toutefois, elles peuvent survenir avec un certain rythme et pour peu qu'il s'y associe des vomissements et une hémorragie, c'est à l'ulcus gastro-duodénal qu'elles feront immédiatement penser. Dans leur évolution capricieuse, deux faits frappent cependant : c'est la tendance des périodes douloureuses à se rapprocher, si bien que les malades finissent par souffrir d'une façon continue et, d'autre part, les périodes d'accalmie ne sont jamais que relatives. Jamais on ne trouve nettement comme dans l'ulcus la périodicité si caractéristique dans la journée et dans l'année.

La sensation de faim douloureuse est fréquemment associée à ces douleurs tardives, parfois isolée.

Les douleurs précoces, de type hyposthénique, sont moins fréquentes. Ici, les malades présentent d'une façon permanente des sensations douloureuses précoces : gonflement, pesanteur, malaise.

Enfin, elles peuvent être très peu marquées, sans horaire fixe, d'apparition irrégulière et de nature imprécise, ce qui s'explique sans doute par des lésions peu marquées et un obstacle duodénal très discret.

Ce fait explique aussi que, fréquemment, ces tumeurs sont absolument latentes, passent inaperçues, trouvaille d'autopsie ou d'un examen radiologique.

Le siège des douleurs est variable, lui aussi ; le plus souvent épigastrique ; il peut être dans l'hypochondre droit, dans la fosse iliaque droite (BRDICZKA, BALFOUR et HENDERSON). D'autre part, elles sont habituellement sans irradiations, tout au moins à leur début. Dans quelques observations, on trouve une irradiation en arrière ou latéralement. L'action des alcalins et des aliments sur les douleurs nous paraît peu certaine ; l'alimentation amène quelquefois une sédation et la nature des aliments paraît sans effet sur l'apparition des douleurs.

Ces douleurs sont accompagnées souvent de troubles digestifs variés : pyrosis, régurgitations, nausées, troubles de l'appétit.

Les vomissements sont, dans l'ensemble, relativement rares. Ils ne présentent aucun caractère spécial et sont, le plus souvent, alimentaires, quelquefois aqueux ou biliaires. Rarement d'une grande importance, ils sont quelquefois provoqués par le malade qui amène ainsi la fin des douleurs. L'altération de l'état général qui dans quelques observations (WILLIS et LASERSON, GOLDEN, BRDICZKA, PICARD) accompagnait la recrudescence des troubles douloureux nous paraît être un fait plus intéressant. Amaigrissement notable, pâleur, anémie, déshydratation, vomissements fréquents, ont conduit à suspecter un néo-

plasme digestif et à intervenir rapidement. Ces douleurs, vomissements et troubles de l'état général semblent relever du syndrome d'intoxication duodénale décrit par DUVAL.

En conclusion, il ne faut pas espérer obtenir grand enseignement des troubles gastro-duodénaux. Leur principal intérêt, lorsqu'ils existent, est d'attirer précocement l'attention sur la région épigastrique.

B. - LES HÉMORRAGIES

Constituent un symptôme beaucoup plus important et très fréquent, sur lequel ont insisté ROELSEN et GOLDEN. Nous les avons retrouvées dans près de 50 % des observations.

Il s'agit :

— soit d'hématémèses, ou peu intenses, simple présence de sang dans les vomissements, ou au contraire abondantes et répétées (8 hématémèses en un an chez une malade de BALFOUR et HENDERSON).

Il peut s'agir d'hématémèse survenant brusquement sans prodromes et constituant le premier symptôme de l'affection (JUDD, GUTMANN). Le plus souvent douleurs et hémorragies vont de pair, mais il existe des formes hémorragiques pures sans douleurs et sans tumeur perceptible.

— soit de melæna et les hémorragies occultes sont fréquentes, décelées seulement par les réactions de Meyer ou de Rolland. Aussi ces examens doivent-ils être pratiqués systématiquement devant toute suspi-

cion de tumeur bénigne du bulbe. Le melæna peut être passager ou continu, entraînant alors un état d'anémie marqué, anémie simple le plus souvent, de type pernicieux chez un malade de BALFOUR et GRAY.

Ces hémorragies relèvent de causes diverses : ulcérations mécaniques de la muqueuse au niveau de la tumeur, ouverture de la tumeur dans la cavité duodénale, petites éliminations superficielles de la tumeur, enfin des lésions concomittantes en sont parfois responsables : cirrhose (BALFOUR et HENDERSON), ulcus vrai à distance, gastrique ou duodénal.

En conclusion : les hémorragies, symptôme fréquent et de première importance, ne présentent encore aucun trait caractéristique de ces tumeurs bénignes.

C. - LA TUMEUR

Reste un signe exceptionnel, car l'exiguïté du bulbe duodénal ne permet pas aux tumeurs qui évoluent dans sa lumière d'atteindre un grand développement. Ces néo-formations entraînent des troubles fonctionnels marqués avant que leur volume soit suffisant pour qu'elles puissent être perçues à la palpation.

Ce n'est que dans le cas fort rare, comme nous l'avons vu, de tumeurs à évolution sous-séreuse, qu'elles peuvent prendre un développement suffisant pour que l'un des premiers signes puisse être la perception d'une tumeur qui, dans les trois cas, se trou-

vait dans l'hypocondre droit, enclavée sous le foie et difficile à délimiter d'avec lui, de volume important, atteignant celui d'une grosse orange et même d'une tête d'enfant, de consistance ferme ou dure, régulière ou un peu inégale. Cette tumeur est peu mobilisable, généralement indolente ou peu douloureuse. Ses limites sont difficiles à préciser et en l'absence d'un pédicule net, il est impossible de préciser leur origine, ce qui explique les erreurs de diagnostic qui ont été commises pour les trois observations publiées.

A côté de ces trois manifestations principales, il faut noter aussi les cas où les tumeurs bénignes du bulbe duodénal se présentent :

— avec des troubles intestinaux : douleurs abdominales avec crises diarrhéiques, alternatives de diarrhée et constipation, souvent accompagnés de melæna qui peuvent encore égarer le diagnostic;

— avec des troubles d'emprunt marquant la réaction des organes voisins : foie et voie biliaire, pancréas. Un léger ictère en particulier est noté dans les deux observations.

Les lésions concomittantes : ulcère vrai, cholécystite, appendicite, peuvent encore égarer le diagnostic.

Telles sont les différentes manifestations qui peuvent marquer l'évolution d'une tumeur bénigne duodénale.

En groupant ces signes, on peut décrire :

- 1° un type dyspeptique banal;
- 2° un type avec hémorragies et douleurs, souvent étiqueté ulcère gastro-duodénal;
- 3° un type rare, avec tumeur et troubles dyspeptiques.

Les examens de laboratoire, l'étude du chimisme gastrique, ne révèlent eux non plus aucun stigmate caractéristique. En effet, les résultats du tubage, retrouvés dans 13 cas, donnent : 5 cas normaux, 6 avec hypoacidité, 2 avec hyperacidité.

Il résulte donc de cette étude qu'à de rares exceptions près, le diagnostic de tumeur bénigne de la première portion du duodénum, ne peut être posé par la clinique.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Devant la carence fréquente du tableau clinique, ou en tout cas, son allure si peu caractéristique, l'exploration radiologique prend un intérêt tout particulier.

Seule, elle permet dans la plupart des cas de poser avec certitude le diagnostic de tumeur bénigne dans les formes à évolution sous-muqueuse tout au moins.

En effet, ces tumeurs donnent une image radiologique très particulière qui, lorsqu'elle existe, permet de faire très vraisemblablement le diagnostic pré-opératoire.

On constate une tache claire, insulaire, presque circulaire, qui se détache nettement sur l'opacité de la bouillie barytée. Cette lacune, arrondie, homogène se trouve dans une image bulbaire de contour par ailleurs régulier. Ce qui est fondamental dans cette image, c'est la régularité et la netteté de ses contours. Certes, elle peut être polycyclique, mais quelle que soit sa forme, sa limite reste nette, sans bavures, sans irrégularités; véritable lacune à « l'emporte-pièce ». Autre fait important : si on étudie le voisinage de cette lacune, on voit que l'ombre péri-lacu-

naire est bien dense, noire; l'image se détache très nettement en clair sur un fond noir uniforme.

D'autres caractères peuvent être mis en évidence :

— la souplesse de la paroi duodénale sous écran, parfois la mobilité de la tumeur qui pourrait faire penser que celle-ci est pédiculée, mais cette recherche de la mobilité est souvent difficile et infructueuse;

— l'indolence à la pression de la zone lacunaire a également été donnée comme caractéristique des tumeurs bénignes, mais elle ne semble pas absolument constante.

L'étude des plis de la muqueuse duodénale présente également le plus grand intérêt quand le diagnostic radiologique hésite entre celui d'ulcus vrai et celui de tumeur bénigne ulcérée. Dans l'ulcus, les plis radiés de la muqueuse sont convergents, alors qu'il n'existe pas de convergence des plis dans une tumeur bénigne ulcérée.

GUTMANN a bien insisté sur certains points de technique qui permettront d'obtenir avec plus de certitude l'image lacunaire caractéristique.

L'examen radioscopique est insuffisant à lui seul; il faut lui adjoindre la prise de clichés bien centrés, en s'aidant au besoin d'une légère compression sous écran.

Il faut par ailleurs procéder à plusieurs examens espacés de quelques jours, car l'on ne peut affirmer le diagnostic que si l'image lacunaire est constante. D'après LA ROQUE et SHIFFLET, l'examen radiologique

pourrait donner un diagnostic plus précis encore. Pour lui, une image lacunaire à contour polycyclique, parsemée de fines rigoles de bouillie barytée qui s'insinuent entre les lobes de la tumeur, serait celle d'un papillome tandis qu'une image vacuolaire serait celle d'un adénome.

Un autre aspect très particulier est réalisé par la polypose bulbaire : petites lacunes arrondies, claires, séparées par de fines travées de bouillie barytée.

Le volume de la tumeur, l'obstruction et la stase qu'elle provoque sont à la base de l'aspect radiologique de l'estomac. Le plus souvent, celui-ci est hyperpéristaltique, hypertonique, ce qui traduit sa souffrance et sa lutte contre l'obstacle. Dans aucun cas, l'évolution n'a été assez longue, et le degré de sténose et de stase assez avancé pour que l'estomac soit arrivé au stade d'atonie. Aussi l'existence d'un résidu gastrique, six heures après le repas baryté, n'a jamais été constaté.

Enfin, dans le cas où une tumeur est perceptible dans le quadrant supérieur droit, les examens après insufflation gastrique ou colique pourront donner de précieux renseignements en précisant la situation et les connexions de la tumeur.

En conclusion, on voit que l'examen radiologique peut suffire pour affirmer le diagnostic en présence de l'image lacunaire caractéristique, mais il n'en reste pas moins vrai que cette image est parfois difficile à mettre en évidence d'une part, d'autre part qu'elle est inconstante.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

Les tumeurs bénignes de la première portion du duodénum semblent avoir une évolution assez longue quand on considère la date d'apparition des premiers symptômes :

- 29 ans (GUTMANN) ;
- plus de 15 ans (RUSSEL et CARMAN) ;
- 8 et 5 ans (GOLDEN) ;
- 7 ans (JUDD) ;
- 8 ans (chez notre malade).

Dans certains cas, nous l'avons vu, ce début clinique était, cependant, tout à fait récent (15 jours à 2 mois).

Il n'en reste pas moins vrai que ces tumeurs paraissent pouvoir être supportées très bien pendant de nombreuses années et même sans aucun trouble, ce que prouve leur découverte au cours d'un examen radiographique systématique.

Cette évolution peut être marquée par des complications :

1^o Nous ne ferons que signaler les compressions possibles par la tumeur ou par la périoduodénite.

2° La stase duodénale et un certain degré de sténose sont également phénomènes banaux et jamais une sténose ou une obstruction duodénale aiguë n'a été signalée. Un cas d'invagination duodénale dont la tête était une petite tumeur pédiculée angioma-teuse a été rapporté par L. BLOCH.

3° Les hémorragies peuvent constituer une véritable complication et c'est là le principal, le plus fréquent des dangers auxquels sont exposés ces malades :

— soit qu'une hématomèse de grande abondance vienne mettre immédiatement les jours du malade en danger (JUDD) ;

— soit que les hémorragies intestinales, le melæna, par leur répétition, entraînent un état d'anémie grave.

4° L'ulcération de la muqueuse qui recouvre la tumeur ou de la tumeur elle-même, qui est, le plus souvent, la cause des accidents hémorragiques, peut être aussi cause d'infection, de réaction inflammatoire aiguë (BOOKMAN).

5° L'atteinte de l'état général avec chute du poids, fatigue, déshydratation, anémie associée à des vomissements fréquents et à des crises douloureuses violentes et prolongées, véritable syndrome d'intoxication duodénale, a été plusieurs fois observée. Ce syndrome d'aggravation tardive d'une lésion jusque là assez bien supportée apparaît donc comme une véritable complication dans certains cas.

6° Mais la complication la plus grave, si elle n'est pas la plus fréquente, est la dégénérescence maligne.

Rien dans les observations de FINNEY et de WATERS ne pouvait faire prévoir cette dégénérescence. Dans celle de BRDICKZA, on peut remarquer le début récent et rapide des troubles intestinaux et de l'altération de l'état général.

Cette dégénérescence n'a été qu'une constatation anatomo-pathologique dans ces cas, car l'aspect macroscopique de la tumeur ne la faisait nullement présager. Cette malignité histologique possible est un des dangers de l'exérèse économique.

Jamais il n'a été trouvé de métastases et chez les malades qui ont pu être suivis après l'intervention, jamais on ne trouve de récidives.

Signalons enfin qu'un certain nombre de cancers nés sur des germes pancréatiques aberrants contenus dans la paroi du duodénum ont été publiés.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de tumeur bénigne de la première portion du duodénum est toujours des plus difficiles.

A. Nous avons vu que les troubles dyspeptiques qui pouvaient l'accompagner ne présentaient rien de bien caractéristique et que de la dyspepsie la plus banale à l'ulcère gastro-duodéal et au cancer, il pouvait tout faire simuler et tout faire discuter. Nous nous bornerons à signaler les points les plus fréquents et les plus intéressants de cette discussion.

Nous avons noté que, même lorsque les douleurs affectaient un certain rythme et revêtaient le type d'une dyspepsie hypersthénique, jamais elles n'atteignaient la périodicité si caractéristique de l'ulcère. De plus, les images lacunaires ulcéreuses sont très différentes de la lacune arrondie et homogène dans un bulbe de contour normal réalisée par la tumeur bénigne. Cependant, ce diagnostic reste très difficile et dans maintes observations, nous voyons que le malade a été opéré avec un diagnostic d'ulcus pyloro-duodéal. D'autre part, nous connaissons la coexistence possible des deux lésions, et aussi celle d'ulcé-

rations siégeant sur la muqueuse tumorale. Dans ces cas, on peut avoir sur le cliché radiographique l'association d'une niche et d'une lacune. Si la lacune est bien arrondie et que la niche, opaque, se détache nettement en contraste, sur la clarté de la lacune, on pensera plutôt qu'il s'agit d'une tumeur bénigne ulcérée dans l'ulcération de laquelle s'est accroché un peu de baryte (GUTMANN). C'est là aussi que l'étude des plis de la muqueuse bulbaire présente un intérêt certain.

Toutes les dyspepsies du carrefour peuvent également prêter à confusion :

Quand les douleurs siègent nettement à droite, irradient vers le haut; quand les crises douloureuses duodénales ressemblent à une colique hépatique, s'accompagnent d'ictère, c'est une dyspepsie d'origine vésiculaire à quoi l'on pourrait songer d'abord. Surtout, les deux lésions peuvent coexister et la cholécystite provoquer des troubles du transit duodénal en se compliquant de périoduodénite.

De même pour les dyspepsies intestinales, en particulier dues à la stase droite, car une lésion duodénale est fréquemment associée aux infections et stases iléo-cæcales.

Le syndrome de sténose duodénale fruste peut faire discuter, outre l'ulcus duodénal, l'existence de périoduodénite simple ou venant compliquer une cholécystite, un diverticule duodénal, un duodénum mobile.

Quant au diagnostic entre tumeur maligne et tumeur bénigne du bulbe, il est facile, dans la plupart des cas, du fait des signes cliniques et de l'évolution qui signent la nature cancéreuse de la tumeur et de la forme irrégulière de la lacune, mais il est des cas où l'image radiologique est à peu près identique : ce sont des sarcomes ou fibro-sarcomes pédiculés, très rares, d'ailleurs, lesquels s'accompagnent d'une induration de la paroi.

Une hématomèse ou du melæna, survenant sans autres signes et comme premier symptôme feront discuter toutes les causes d'hémorragies gastro-intestinales, avant celle de tumeur bénigne qui ne peut être qu'un diagnostic d'élimination et d'examen radiographique.

B. L'existence d'une tumeur palpable rend-elle plus facile le diagnostic ?

Certes non, et nous avons vu que la difficulté, l'impossibilité même de fixer exactement les limites de la tumeur, son point d'implantation, rendent illusoire tout essai du diagnostic précis de la tumeur et de son origine, même avec le secours de la radiologie. Ce fait explique facilement les erreurs de diagnostic (tumeur vésiculaire, kyste hydatique, tumeur par-rénale). Toutes les tumeurs susceptibles de venir prendre leur développement dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen pourraient être discutées.

C. Si les signes radiologiques sont plus caractéristiques que les signes cliniques, ils doivent, eux aussi, être discutés :

Les tumeurs bénignes pédiculées de l'estomac, prolabées dans le bulbe, sont assez fréquentes et peuvent réaliser la même image lacunaire que la tumeur bénigne du bulbe. Dans ces cas, cependant, il existerait un résidu gastrique six heures après le repas baryté, et la lacune qui siègeait dans l'antrum gastrique peut apparaître dans le bulbe à un autre.

D'autres causes, non tumorales, peuvent réaliser une image lacunaire du bulbe : ce sont les corps étrangers ingérés, de diagnostic facile ; très exceptionnellement un calcul biliaire émigré dans le duodénum, mais l'examen révèle une fistule où s'infiltre la baryte et que confirmerait la cholécystographie associée.

Ces images ne seraient d'ailleurs pas retrouvées à des examens successifs.

De plus, une image lacunaire n'est pas forcément et toujours la traduction d'une néoformation pariétale. Il peut s'agir d'une compression extrinsèque par divers organes, soit une adénopathie pré ou rétro-bulbaire, ganglion hypertrophié et dur qu'un certain degré de compression vient appliquer sur une face du bulbe, créant une image lacunaire arrondie. Cependant la mobilité du bulbe par rapport à cette pseudo-tumeur permettrait d'en faire le diagnostic sous écran ; soit une vésicule saine ou malade venant faire sur le bulbe une image lacunaire mais la cho-

lécystographie révélerait la situation anormale de cette vésicule.

En conclusion, l'on peut dire que de multiples causes d'erreurs sont possibles, cela d'autant plus que les tumeurs bénignes du duodénum restant fort rares, c'est là un diagnostic d'exception.

TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs bénignes du bulbe duodénal est un traitement exclusivement chirurgical. Il n'existe pas de traitement médical et cela se comprend aisément; seule, l'ablation chirurgicale de la tumeur peut guérir le malade et prévenir les complications.

Cependant, l'extirpation systématique de toutes ces tumeurs a été discutée en insistant sur le fait que certaines tumeurs étaient parfaitement bien supportées, sans troubles fonctionnels ou troubles minimes et qu'il fallait tenir compte du risque que comporte toute intervention chirurgicale.

Nous pensons que l'acte opératoire est indiqué dans toutes les formes, si bénignes soient-elles cliniquement, dès que le diagnostic a pu être posé avec certitude. L'analyse des observations que nous avons retrouvées nous a montré, en effet, que ces tumeurs pouvaient, au bout d'un certain temps de leur évolution, donner lieu, par leur ulcération ou par leur développement, à des accidents sérieux et dans la presque totalité des cas nous avons retrouvé une aggravation progressive des symptômes. Par ailleurs,

la découverte, à l'examen histologique, d'une tendance nette à la prolifération et à la malignité, dans quelques cas, nous semble être un argument impératif en faveur du traitement chirurgical systématique.

Cet argument doit également intervenir lorsqu'on discute l'importance de l'acte opératoire, variable évidemment suivant le degré et le siège des lésions, la nature de la tumeur.

LES METHODES

Quelle opération doit-on pratiquer ? Ce qu'il importe de faire, c'est l'ablation de la tumeur et de son point d'implantation duodénal.

On pourra faire l'excision d'une tumeur pédiculée intraduodénale atteinte par duodénotomie et enlevée, soit par simple section du pédicule de la tumeur, soit, ce qui nous paraît préférable, par une excision d'une petite collerette de muqueuse tout autour du pédicule.

La résection limitée de la tumeur et de son implantation sur le duodénum en enlevant la paroi en collerette à une distance suffisante de la racine ; une résection dépassant de deux centimètres seulement la source d'implantation est suffisante le plus souvent. On pratiquera ensuite une suture soignée en deux plans.

La résection duodénale partielle est parfois nécessaire lorsque l'implantation pariétale de la tumeur

est plus large. Elle sera suivie d'anastomose termino-terminale.

Enfin, pour certaines grosses tumeurs du versant duodénal du pylore, la gastro-pyloréctomie peut s'imposer.

LES INDICATIONS

Elles dépendent beaucoup de la forme anatomique et du siège de la tumeur.

a) Si la tumeur est pédiculée, intraduodénale et d'un volume moyen, il faut l'enlever par duodénotomie et pratiquer une résection très limitée de la muqueuse tout autour du pédicule.

b) Si la tumeur est sessile ou à large base, on pratiquera une large excision de la zone pariétale où s'insère la tumeur, c'est le cas le plus fréquent (ROELSEN) ou une résection duodénale.

c) De même, une tumeur ayant envahi toute l'épaisseur de la paroi et provoqué une ulcération entraînera une résection large de la paroi duodénale.

d) Si on suspecte une transformation maligne, un examen histologique extemporané indiquerait si la résection doit être élargie.

e) Exceptionnellement enfin, on sera amené à pratiquer une gastro-entérostomie chez un sujet porteur d'une tumeur duodéno-pylorique et présentant un très mauvais état général, sinon la gastro-pyloréctomie sera l'opération de choix.

La coexistence d'un ulcère gastro-duodénal modifiera évidemment ce traitement. Il faudra aussi

s'assurer de l'état de la vésicule biliaire et de l'appendice et les traiter en conséquence si la clinique a suspecté leurs troubles pathologiques qui peuvent entrer, pour une large part, dans la genèse des symptômes.

LES RESULTATS

Les résultats opératoires sont généralement excellents, la très grande majorité des malades opérés qui ont pu être suivis par la suite présentaient un état fonctionnel et général parfait.

Deux malades sont morts après l'intervention, l'un d'embolie pulmonaire à la troisième semaine, l'autre de péritonite (catgut infecté), au quatrième jour.

Dans l'ensemble, bien que plusieurs malades n'aient pu être revus après l'intervention, la guérison ou une amélioration considérable paraissent être la règle.

CONCLUSIONS

I. - Les tumeurs bénignes de la première portion du duodénum sont extrêmement rares. D'égale fréquence dans les deux sexes, on les rencontre le plus souvent entre trente et cinquante ans.

II. - Ces tumeurs, de nature le plus souvent adénomateuse, fibromateuse ou angiomateuse, ont presque toujours une évolution sous-muqueuse. Elles sont très souvent pédiculées.

III. - De ce fait, leur symptomatologie est le plus souvent celle d'une dyspepsie gastro-duodénale. L'examen clinique est insuffisant à lui seul pour en faire le diagnostic. Les données radiologiques peuvent permettre au contraire quelquefois le diagnostic mais le fait est loin d'être constant, en révélant un ou plusieurs défauts de remplissages, lacunes régulières, à contours nets, homogènes, ne disparaissant pas à la pression et persistant à des examens succes-

sifs, situées dans un bulbe régulier, de contours normaux et par ailleurs bien rempli.

IV. - Les formes à évolution sous-séreuse sont, elles, infiniment plus exceptionnelles encore. Elles se révèlent par une tumeur perceptible à la palpation du quadrant supérieur droit de l'abdomen. Le diagnostic exact de ces formes n'a jamais pu être posé avant l'intervention.

V. - Les complications de ces tumeurs bénignes sont rares. En premier lieu, se placent les accidents hémorragiques, les plus fréquents et qui peuvent être graves par leur abondance ou leur répétition. La dégénérescence maligne de ces proliférations paraît être exceptionnelle. La possibilité de sténose duodénale, celle d'un amaigrissement et d'une asthénie importants traduisant un syndrome d'intoxication duodénale méritent encore d'être signalées.

VI. - Leur traitement est uniquement chirurgical. Il est indiqué dans toutes les formes, même bénignes, en raison du danger de dégénérescence, si faible soit-il. L'indication est évidemment formelle dans les formes douloureuses, hémorragiques ou sténosantes.

Ce traitement, variable selon l'importance des lésions, sera :

— soit une duodénotomie avec simple section du pédicule de la tumeur;

— soit une excision de la zone d'implantation de la tumeur;

— soit une résection duodénale suivie d'anastomose termino-terminale;

— soit même une résection pyloro-duodénale.

VU : *Le Doyen,*
A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*
MONDOR.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions
de Recteur de l'Académie de Paris,
MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AKERLUND. — Zit. U. Rieder U. Rosenthal. (*Lehrb. d. Röntgenkunde*, 1925, Bd. II, 2.)
- BALFOUR and HENDERSON. — Bening tumors of the duodenum. (*Ann. Surgery*, janv. 1929, LXXXIX, pp. 30-35.)
- BERGMANN und BERG (H.). — Mohr staehelin. (*Handb. d. Inn. Med.*, Bd III, Teil 1.)
- BERNSTEIN (A.). — *Bruns Beitrag Chir.*, 1929, t. CXLV, 5, 3, p. 552.
- BOOKMAN. — Papilloma of the duodenum. (*Ann. Surg.*, april 1930, XCI, 626-629.)
- *Annals of Surgery*, vol. XLI, 1930, p. 554.
- BONMANN. — Geschwülste des Duodenums. In *Handbuch der speziellen pathologische Anatomie und Histologie*. v. Henke Lubarsch, Vierter Band, erster Teil. Berlin, 1926, p. 1.001.
- BRDICZKA (I.-C.). — *Röntgenpraxis*, Leipzig; 5 juill. 1931, 3, n° 14, pp. 625-629.
- BUGAUD (Louis). — Le cancer du duodénum. (*Thèse*, Paris, 1940.)
- CAMP. — Myoma of the stomach and the duodena, report of two cases. (*Radiology*, april 1934, vol. II, pp. 262-264.)
- CARMAN. — Hemangioma of the duodenum. (*Am. Jour. Röntgenol.*, 1921, vol. VIII, pp. 481-483.)
- *Acta medica Scandinavica*, 11 fév. 1935, f. IV-V, pp. 439-456.

- CASTELLANI (F.). — *Rivista di Radiolog. e Fisica medica*. Bologna, 1929, I, n° 2, pp. 238-243.
- COGNIAUX (P.). — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes gastro-duodénales : les pancréas aberrants. (*Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, 10 mai 1930.)
- CRUVEILHIER (Jean). — Anat. patho. du corps humain, 1835-1842.
- FINNEY and FINNEY. — Papilloma of the duodenum. (*Ann. Surgery*, J. an 1931, XCII, 294-300.)
- FUNKENSTEIN. — Uber Polyposis intestinalis. (*Ztschr. f. Klin. med.*, 1904, LV, 536.)
- GENESTOUX. — Angiomatose digestive. (*Thèse Paris*, 1935.)
- GOLDEN (R.). — Non malignant tu mors of the duodenum report of two cases. (*Am. Journ. of Röntgenol. a. rad. ther.*, nov. 1928, pp. 405-413.)
- GURMAK. — *Fortschr. Rontgenst.* Bd. XLI, M. 5, 1930.
- GUTMANN et DIOCLES. — Tumeur bénigne du bulbe duodénal. (*Soc. Radiol. méd. de France*, in *Arch. élect. méd.*, n° 597, juin 1934.)
- HENKE LUBARSCII. — Handb. a. spez. patho. an. u. hist. Bd. IV, (1-3), 1926-1929.
- HURTEL. — *Dtsch. med. Wschr.*, 1906.
- JAME (R.). — Les dyspepsies gastriques des affections non ulcéreuses du duodénum. (*Thèse Paris*, 1934.)
- JUDD (E.-S.). — Hemangioma of the duodenum. (*Surg. Clin. No. Am.* Feb., 1929, IX, 6-8.)
- KING (E.-L.). — Bening tumors of the intestines with special reference to fibroma report of a case. (*Surg. gyneco and obst.*, 1917, vol. XXV, pp. 54-71.)
- LA ROQUE and SHIFLETT. — *Annals of surg.* August, 1933, pp. 178-185.
- LE BIGOT (André). — Les tumeurs bénignes du bulbe duodénal. (*Thèse Paris*, 1937.)

- MATAS (R.). — Pediculated polypoid fibroadenoma of the stomach of Ball. (*Surg. gyn. and obst.*, déc. 1923, XXXVII, pp. 723-731.)
- MIALARET. — Encyclopédie médico-chirurgicale. Tumeurs du duodénum.
- MEISEL. — Adenomyom, des duodenums als etiologie eines ulcus duodeni. (*Schweiz. med. Wschensch.*, 1921, vol. LI, p. 430.)
- PAVEL (I.) et PAUNESCO-PODEANO (A.). — Les affections non ulcéreuses du duodénum. Tumeurs bénignes, p. 167.
- PERRY. — Papilloma of the duodenum. (*Path. soc.*, London 1893, XLIV, p. 84.)
- PICARD. — *Revue belge des Sciences médicales*, 4, 587, 1932.
- POHLANDT (K.). — *Fortsch. a. d. geb. d. Roentgensk.*, 1931, pp. 337-346.
- RANKIN et NERVELL. — *Surg. gyn. and obst.*, vol. LVII, oct. 1933, p. 501.)
- RIEDEN ROSENTHAL. — *Lehr. b. d. Röntgenk.*, Bd. II, 25, dort. Zitiert Akerlund.
- RIGLER. — Rontgen observation of bening tumor of the stomach prolapsing though the pylorus. (*Am. Journ. Röntgenol and Rad.*, déc. 1928, XX, 529-531.)
- ROELSEN. — Tumeurs bénignes du duodénum. (*Acta medica Scandinavica*, 1, 84, n°s 4-5, 11 fév. 1935.)
- SALARIS (C.). — I tumori benigni dello stomaco e del duodeno (contributo clinico e anatomo pathologico). (*Arch. ital. des mal. de l'app. digest.*, 7, pp. 499-537, nov. 1938.)
- SALVIOLI (G.). — Contributione allo studio degli adenomi. (*L'osservatorì Gazetta delli cliniche di Torino*, 1879, XII, 481.)
- SENEQUE (J.), GUTTMANN, DIOCLES. — Tumeur bénigne du bulbe duodénal. (*Bull. et mém. de la Société de Radiol. méd. de France*, n° 210, juin 1934.)

- SHIFLETT (E.). — Tumors of the duodenum and hypertrophied gastric mucosa prolapsing through the pyloric canal into the duodenum. (*Radiology*, August 1932, p. 79.)
- STAEMLER. — Neue dtsh. chir., 1924.
- STEINER (R.). — Über myome des magen-Darmkanals. (*Beitr. z. klin. chir.*, 1898, XXII, 407-440.)
- SWORN et MENTON. — *Brit. Journ. of Surgery*, avril 1935, vol. XXII.
- THOMPSON (P.). — Polypoïd growth in the duodenum. (*Lancet*, 1897, I, 383.)
- VAN TIENHOVEN (A.). — Two rare cases of duodenal tumors. (*Nederl. Tijdschr. V. geneesk.*, 1921, vol. LXV, part. II, pp. 2.639-2.641.)
- VERSE (Max). — Über Entstehung, den Bau und das Wachstum der polypen, adenome Karzinome des Magen-Danukanals. Arb. a. d. Path. Inst. in Leipzig, 1908, V, 1, 175.
- VON ROKITANSKY (Carl). — Lehrbuch der Pathologischen Anatomie. (*Third edition Vienna*, 1861, p. 231.)
- WATERS (C.-A.). — Rontgenologie diagnosis of papilloma of the duodenum. (*Am. Journ. Roentgenol. and. Rad.*, nov. 1930, XXIV, 554-557.)
- WAUGH. — Congenital cyst. of the duodenum report of a case. (*Surg. gynec. and obst.*, 1923. Vol. XXXXII, pp. 952-955.)
- WEISHAUPT. — Adenomya duodeni. (*Ztschr. f. geburtsch. u. Gynäk.* vol. LXXVIII, pp. 506-513.)
- WILLIS and LASERSOHN. — Note on bening tumors of duodenum. (*Annals of surgery*, 1925, vol. LXXXII, pp. 952-955.)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	15
INTRODUCTION	17
OBSERVATIONS	19
HISTORIQUE ET ETIOLOGIE	29
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	35
<i>Mode de développement</i>	36
<i>Anatomie microscopique</i>	40
CLINIQUE	45
A. - <i>Troubles dyspeptiques gastro-duodénaux</i>	46
B. - <i>Les hémorragies</i>	49
C. - <i>La tumeur</i>	50
EXAMEN RADIOLOGIQUE	53
EVOLUTION ET COMPLICATIONS	57
DIAGNOSTIC	61
TRAITEMENT	67
<i>Les méthodes</i>	68
<i>Les indications</i>	69
<i>Les résultats</i>	70
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	75

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE ARNETTE
